Nederlandse Zorgautoriteit

De Staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. M.J. van Rijn
Postbus 20350
2500 AJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
directie Regulering		info@nza. Nl	0185259/0254235

Onderwerp
Advies Budgettair kader Wlz 2016

Datum
25 mei 2016

Geachte heer Van Rijn,

Voor u ligt het 'Advies budgettair kader langdurige zorg 2016'. Met het systeem van budgettaire kaders beoogt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) doelmatige zorginkoop te stimuleren en de kostenontwikkeling in de Wet langdurige zorg (Wlz) te beheersen. In uw brief van 19 juni 2015 (kenmerk 773523-137331-LZ) verzoekt u de NZa te adviseren over de toereikendheid van het budgettair kader zorg 2016. Met deze rapportage voldoet de NZa aan uw verzoek.

Wij concluderen dat het budgettair kader Wlz in 2016 krap zal zijn voor de regionale zorginkoop. Inzet van de herverdelingsmiddelen lijkt ons in ieder geval noodzakelijk. Of het beschikbare kader daarmee toereikend is, kunnen we op dit moment nog niet bepalen omdat de hiervoor benodigde informatie nog onvoldoende beschikbaar is. Hier zullen we in de loop van het jaar meer duidelijkheid over kunnen geven.

1. Inleiding

Dit advies is als volgt opgebouwd. Eerst wordt gekeken in hoeverre het kader in 2015 voldoende was. Dit bepaalt of de beginstand van het kader 2016 voldoende is voor de zittende cliënten in de Wlz. Daarna besteden we aandacht aan verschillende specifieke maatregelen in het kader in 2016. Het gaat hier om de uitnamen van ggz-b, het langer thuis wonen, het overgangsrecht en de Wlz-indiceerbaren.

Vervolgens kijken we naar het effect van de zorginkoop op de contracteerruimte voor zorg in natura. Daarna zetten we het budgettair kader af tegen de groei van de aanspraken op zorg. Dit gebeurt voor zorg in natura en voor het pgb. Op basis van de uitkomsten van bovenstaande onderwerpen wordt een uitspraak gedaan over de verwachte benutting van het budgettair kader 2016 bij zorg in natura en bij het pgb. We besteden hierbij ook aandacht aan de regionale verdeling over de zorgkantoren.

Ten slotte monitort de NZa op verzoek van uw ministerie ook de individueel aangepaste hulpmiddelen en de subsidieregelingen onder de Wlz.

Uiteindelijk leidt dit tot een advies over de toereikendheid van het budgettair kader Wlz 2016 en de inzet van de herverdelingsmiddelen.

2. Budgettair kader Wlz 2015

In deze paragraaf gaan we in op de benutting van het budgettair kader Wlz in 2015. Aan de hand van deze benutting wordt bepaald in hoeverre het kader 2016 toereikend is voor de zittende cliënten bij aanvang van het jaar. Met ingang van 2015 zijn de kaders zorg in natura en pgb communicerende vaten geworden aangezien er overhevelingen tussen deze kaders kunnen plaatsvinden. De benutting van de contracteerruimte voor zorg in natura kan niet meer los worden gezien van de benutting van het pgb-kader. In deze paragraaf besteden we daarom aandacht aan beide onderdelen. De informatie over onder- en overproductie is te vinden in Bijlage 1.

Tabel 1 laat de onbenutte middelen in de contracteerruimte in de eerste en tweede budgetronde van 2014 en 2015 en de eerste budgetronde van 2016 op landelijk niveau zien. De tweede budgetronde 2016 heeft nog niet plaatsgevonden. Deze tabel presenteert zowel de middelen van zorg in natura als het pgb. Bij het pgb spreken we niet van budgetrondes, maar wordt de stand maandelijks door de NZa gemonitord. De onbenutte middelen 2015 die hieronder zijn gepresenteerd, komen uit de aanlevering van april 2016. In de loop van 2016 zullen de onbenutte bedragen naar verwachting nog lager worden vanwege updates van cijfers.

Tabel 1 Onbenutte middelen

	Contracteerruimte (x € 1 miljoen)	Onbenutte middelen		
		1e budgetronde	Eindstand	
		(x € 1 miljoen)	(x € 1 miljoen)	(%)
zorg in natura				
2014	22.728,8	1.400,3	262,2	1,2
2015	16.386,0	728,7	64,0[1]	0,4
2016	16.605,0	1.242,9	-	*Voorlopig* 7,5
persoonsgebonden budget				
2015	1.484,0	n.v.t.	37,6[2]	2,5
2016	1.655,0	n.v.t.	-	-

Bron: NZa.

Zorg in natura
In 2015 zijn de productieafspraken binnen de contracteerruimte gebleven. Er is een bedrag van € 64 miljoen van de niet geoormerkte contracteerruimte onbenut gebleven. De onbenutte middelen 2015 betreffen 0,4% van de beschikbare contracteerruimte (€ 16,4 miljard). Dit is een afname ten opzichte van 2014. Toen was het percentage onbenutte middelen 1,2%. De afname zou te maken kunnen hebben met de mogelijkheid tot overhevelen van het kader zorg in natura naar het pgb-kader.

---

1 Op basis van de herschikkingsronde 2015
2 Peildatum 1 april 2016

Pgb
Sinds 2015 monitort de NZa de benutting van het pgb-kader. Dit heeft mede te maken met het feit dat er overgeheveld kan worden tussen de kaders van het pgb en zorg in natura. In 2015 was er € 1.484 miljoen beschikbaar voor het pgb (inclusief overhevelingen). In totaal is er op basis van de opgave van de zorgkantoren in 2015 ruim € 1.446[3] miljoen van het totale kader benut. Dat betekent dat er 2,5% onbenut is gebleven. In 2016 is het beschikbare pgb-kader € 1.671 miljoen.

Tabel 2 Percentage onbenutte middelen per Wlz-uitvoerder

Wlz-uitvoerder	zorg in natura 2014	zorg in natura 2015	persoonsgebonden budget 2015
CZ	2,7	0,8	1,2
De Friesland	0,0	0,0	0,3
DSW	0,0	0,0	0,0
Menzis	0,8	0,9	0,8
Salland	1,4	1,9	0,1
VGZ	1,7	0,1	6,9
Zilveren Kruis	1,4	0,1	1,4
Zorg en Zekerheid	1,1	0,2	3,9
Totaal	**1,2**	**0,4**	**2,5**

Bron: NZa

Wlz-uitvoerder
Tabel 2 laat de onbenutte middelen per Wlz-uitvoerder zien voor zowel zorg in natura als pgb. Van de acht Wlz-uitvoerders hebben zes Wlz-uitvoerders 0,1% of meer van hun regionale contracteerruimte niet benut voor zorg in natura in 2015. Eén Wlz-uitvoerder heeft meer dan 1% zorg in natura onbenut. Bij het pgb hebben in 2015 vier van de acht Wlz-uitvoerders meer dan 1% onbenut gelaten.

3. Maatregelen

In 2016 hebben verschillende maatregelen een effect op de benutting van het budgettair kader. De maatregelen hebben voornamelijk een effect op de in- en uitstroom van cliënten en als gevolg hiervan op de benutting van het kader. Op basis van omvang en signalen van de Wlz-uitvoerders hebben we extra aandacht besteed aan de uitname van het overgangsrecht en de Wlz-indiceerbaren, de afbouw van de lage zzp's en de uitname voor ggz-b. Het overgangsrecht en de Wlz-indiceerbaren zijn niet zozeer een maatregel in 2016, maar komen voort vanuit een maatregel uit 2015

3.1 Overgangsrecht & Wlz-indiceerbaren
Met de invoering van de Wlz heeft VWS middelen aan het kader toegevoegd voor het overgangsrecht en voor de Wlz-indiceerbaren. Bij het overgangsrecht ging het om € 670 miljoen voor cliënten met een indicatie voor een zzp, die hun zorg nog extramuraal ontvingen.[4] Met ingang van 2016 is het overgangsrecht voor de lage zzp's (met uitzondering van het volledig pakket thuis (vpt)) komen te vervallen.

---

[3] Stand heel 2015 per 31-3-2016, peildatum 15 april 2016; bron Nza.
[4] Het wettelijke overgangsrecht betreft de lage zzp's VV1t/m VV3, VG1 en VG2, LG1 en LG3, ZG-Vis1 en ZG-Aud1. De middelen die VWS heeft toegevoegd betreffen echter alle cliënten met een zzp-indicatie die hun zorg extramuraal afnemen.

Deze cliënten hebben in 2015 een keuze moeten maken voor de Wlz (incl. pgb) of de Zvw en Wmo. Voor deze groep cliënten is het budgettair kader in 2016 met € 130 miljoen verlaagd. Wij beschikken niet over cijfers op basis waarvan we een conclusie kunnen trekken in hoeverre deze cliënten een keuze hebben gemaakt voor de Wlz of juist voor een ander domein. Hierdoor kunnen we ook niet het effect van uitstroom op het budgettair kader bepalen. Hetzelfde geldt min of meer voor de Wlz-indiceerbaren. Voor deze groep is in 2015 € 526 miljoen opgenomen in het budgettair kader. We hebben echter geen cijfers over het aantal cliënten dat inmiddels een herindicatie heeft gehad en hierdoor niet meer onder deze groep valt. Op basis van signalen van zorgkantoren en de omvang van de cliëntgroep eind 2015 hebben wij op dit moment geen reden om aan te nemen dat de toegevoegde bedragen onjuist zijn. Des te meer, omdat het totaal kader 2015 toereikend was.

3.2 Afbouw lage zzp's
Door het beleid van langer thuis wonen, neemt het aantal cliënten met een lage zzp geleidelijk af. Het budgettair kader wordt daarom jaarlijks verlaagd. In 2016 bedraagt de korting vanwege deze extramuralisering € 380 miljoen. Van dit bedrag is € 60 miljoen bestemd voor de afname van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en de normatieve inventariscomponent (nic). In deze paragraaf maken we inzichtelijk of de financiële uitname 2016 voor de lage zzp's[5] haalbaar is gezien het aantal cliënten in zorg. Dat doen we door voor het jaar 2016 de kosten te bepalen op basis van het aantal cliënten met een lage zzp dat op 31 december 2015[6] in zorg is. Vervolgens berekenen we met de afbouwpercentages van VWS voor deze zzp's hoeveel de potentiële financiële afbouw is.

Voor de berekening van het landelijk budgettair kader ging VWS uit van een lineaire afbouw van drie jaar voor de zzp's VV-pakketten (VV1 tot en met VV3) en tien jaar voor de VG-pakketten (VG1 en VG2). Vorig jaar bleek dat de daadwerkelijke afbouw voor de zzp's VV1, VV2 en VV3 niet gelijk liep met de lineaire afbouw waar VWS vanuit ging. Daarom heeft VWS zijn ramingen voor de afbouw bijgesteld. Jaarlijks vindt nu vanaf 2016 bij de VV 50% afbouw plaats ten opzichte van het voorgaande jaar. In 2019 zullen deze zzp's naar verwachting volledig uitgestroomd zijn. De afbouw van de zzp's VG1 en VG2 loopt door tot en met 2022. Dit gebeurt lineair met een afbouwpercentage van 10% per jaar.

In tabel 3 is weergegeven hoeveel cliënten met een lage zzp-indicatie er naar schatting eind 2015 in zorg zijn.

[5] Naast lage zzp's gaat het hier ook om soortgelijke lage vpt's.
[6] We hebben hiervoor gebruik gemaakt van het aantal cliënten in zorg per 31-10-2015 en dit geëxtrapoleerd naar een stand per 31-12-2015. Bron: Zorginstituut Nederland.

Tabel 3 Aantal cliënten in zorg

	2014	2015	
Prestatiegroep	31 dec	31 okt	31 dec (geschat)
VV1	1.349	1.210	1.182
VV2	5.092	4.683	4.601
VV3	12.165	10.611	10.300
VG1	386	478	496
VG2	2.718	3.521	3.682

Bron: Zorginstituut Nederland/VWS, bewerking: NZa.

We hebben de kosten bepaald die deze cliënten maken als zij heel 2016 zorg zouden afnemen.
Uitgaande van de afbouwpercentage van VWS (50% VV, 10% VG) is het totaal te besparen bedrag 2016 ruim € 346 miljoen. De afspraken worden echter voor heel 2016 gemaakt, waarin de afbouw geleidelijk plaats vindt. De aanname is dan ook dat de potentiële financiële afbouw eind 2016 maar voor de helft in 2016 kan plaatsvinden (halfjaareffect). De maximale besparing voor 2016 bedraagt daardoor ruim € 173 miljoen. Dit is weergegeven in tabel 4.

Tabel 4 Kosten en mogelijke besparing 2016 van cliënten in de lage zzp's (x € 1 miljoen)

	Kosten 2016			Besparing (o.b.v. geraamde afbouw)	
Prestatiegroep	zzp & vpt (o.b.v. cliënten)	nhc & nic	Totaal	Maximaal op jaarbasis	Maximaal in 2016 (halfjaareffect)
1VV	27,8	7,8	**35,6**	17,8	8,9
2VV	138,0	31,7	**169,8**	84,9	42,4
$3VV_{excl.BH}$	372,2	76,6	**448,8**	224,4	112,2
$3VV_{incl.BH}$	5,4	0,9	**6,3**	3,1	1,6
$1VG_{excl.DB}$	9,0	2,1	**11,1**	1,1	0,6
$1VG_{incl.DB}$	4,0	0,8	**4,8**	0,5	0,2
$2VG_{excl.DB}$	77,7	14,8	**92,4**	9,2	4,6
$2VG_{incl.DB}$	44,4	8,2	**52,7**	5,3	2,6
Totaal	**678,5**	**142,9**	**821,5**	**346,3**	**173,1**

Bron: Zorginstituut Nederland, bewerking: NZa.

Van de maximale besparing van € 173 miljoen betreft € 143 miljoen de zzp's/vpt's en € 30 miljoen de nhc/nic. In 2015 was eveneens sprake van een geleidelijke afbouw en dus een halfjaareffect. Dit betekent dat we nog rekening moeten houden met een tweede halfjaareffect van 2015. Dit bedraagt € 124 miljoen[7], waarvan € 108 miljoen betrekking heeft op de zzp's/vpt's en € 16 miljoen op de nhc/nic. De berekening van dit bedrag staat in Bijlage 2. Dit betekent dat de totale besparing in 2016 maximaal € 297 miljoen is (€ 173 miljoen van 2016 en € 124 miljoen van 2015).

De berekende besparing van € 297 miljoen is lager dan de maatregel van € 380 miljoen. Aanvullend moet hierbij opgemerkt worden dat deze besparing alleen gerealiseerd kan worden als de afbouw inderdaad even snel gaat als de geplande ramingen.

3.3 Ggz-behandeling
Met ingang van 2015 valt de zorg voor nieuwe cliënten met een GGZ-b-indicatie voor een periode van drie jaar onder de Zvw. Na een aaneengesloten verblijf van drie jaar valt deze zorg niet meer onder de Zvw. Cliënten gaan dan over naar de Wlz.
De voorwaarde van drie jaar aaneengesloten verblijf geldt niet voor bestaande cliënten die op 31 december 2014 een geldige ggz-b-indicatie hadden. Deze cliënten zijn per 1 januari 2015 automatisch overgegaan naar de Wlz. Door het gewijzigde beleid neemt het aantal cliënten met een ggz-b indicatie geleidelijk af, hieronder noemen we dit de afbouw.

Door de afbouw van ggz-b cliënten wordt met ingang van 2017 vanuit de contracteerruimte structureel 42% van het ggz-b-kader overgeheveld naar de Zvw. Het gaat om € 247 miljoen. Dit gaat geleidelijk op basis van de geraamde afbouw die door VWS is vastgesteld van 10,5% in 2015, 31,5% in 2016, tot 42% in 2017. Op basis van deze geraamde afbouw is het budgettair kader in 2016 met € 145 miljoen verlaagd. Zorgkantoren hebben het signaal afgegeven dat deze verlaging van het budgettair kader 2016 niet aansluit bij de gerealiseerde afbouw. Daarnaast hebben zij aangegeven dat de regionale verdeling van het voor ggz-b uitgenomen bedrag niet juist is.

Omdat er voor 2016 nog onvoldoende cijfers beschikbaar zijn, hebben we hiervoor een inschatting gemaakt op basis van de werkelijke afbouw in 2015. De werkelijke afbouw in 2015 hebben we berekend door de herschikking 2015 en 2014 (in dagen) tegen elkaar af te zetten. Het verschil tussen deze productieafspraken laat een afbouw zien van 6,1%. Hieruit blijkt dat de daadwerkelijke afbouw in 2015 slechts 57,8% is van het geraamde afbouwpercentage (van 10,5%). Op basis van dit percentage hebben we het geraamde afbouwpercentage voor 2016 opnieuw berekend. Dit komt dan uit op 18,2% (= 57,8% x 31,5%). Dit is een grove schatting gebaseerd op de op dit moment beschikbare cijfers over 2015. Op basis van deze informatie is het de verwachting dat de uitname van € 145 miljoen te hoog is. Op dit moment beschikken we alleen over de afspraken op basis van de eerste ronde 2016 en de declaraties van januari. Ervaring leert dat dit geen compleet beeld geeft over 2016. Om een preciezere inschatting te kunnen maken, zal later in het jaar deze afbouw nogmaals bekeken moeten worden.

[7] Zie bijlage 2 Berekening afbouw lage zzp's

In tabel 5 is deze nieuwe raming opgenomen in dagen. Daarnaast is gekeken welke korting van de contracteerruimte hiermee zou corresponderen. Dit is gedaan op basis van de gemiddeld afgesproken prijs (voor de prestaties 3ggz-B t/m 7ggz-B) uit de herschikking 2015 rekening houdend met de index 2016. Daarbij is de component nhc en nic 2016 (70%) opgeteld[8]. Hieruit blijkt dat de financiële verlaging van het kader in 2016 € 70 miljoen te hoog is voor de component ggz-b. Dit betekent dat een te hoog bedrag is overgeheveld naar de Zvw.

Tabel 5 Raming afbouw ggz-b

	2014	2015	2016
Raming afbouw		- 10,5%	- 31,5%
Korting contracteerruimte *(x € 1 miljoen)*		- € 68	- €145
Werkelijke dagen (herschikking)	2.655.786	2.494.511	
Nieuwe raming		-6,1%	-18,2%
Nieuwe raming dagen 2016			2.171.961
Gemiddeld afgesproken prijs per dag (prijspeil 2016)			€ 233
Nieuwe korting contracteerruimte *(x € 1 miljoen)*			-€ 75[9]
Verschil *(x € 1 miljoen)*			€ 70

Bron: NZa.

Regionale verschillen ggz-b

De uitname van € 145 miljoen voor ggz-b in 2016 is naar rato over de regio's verdeeld op basis van de (financieel gemaakte) afname van het aantal cliënten met een GGZ-b-indicatie tussen 1 januari 2014 en 31 december 2014.

In bijlage 3 zijn per Wlz-uitvoerder de bij de nacalculatie 2014 totaal afgesproken dagen voor de prestaties 3ggz-B t/m 7ggz-B opgenomen. Op basis hiervan is te zien wat het aandeel van de ggz-b prestaties per Wlz-uitvoerder is. Dit is de meest recente beschikbare realisatie. Op verzoek van zorgkantoren baseren we een nieuwe regionale verdeling op deze cijfers.

[8] De voor 2016 berekende afgesproken prijs is per prestatie als volgt berekend: (afgesproken zzp-prijs bij Herschikking 2015 + index 2016) + 70% nhc 2016 + 70% nic 2016.
Op basis van de aantallen uit de herschikking 2015 is een totale gewogen prijs berekend voor de prestaties ggz-B 3 t/m 7 tezamen.

[9] (2.171.961-2.494.511) x € 233 = ruim € 75 miljoen.

In tabel 6 is weergegeven in hoeverre de herberekende verdeling van de uitname (verdeling nieuw) voor ggz-b afwijkt van de daadwerkelijke uitname hiervan binnen de contracteerruimte 2016 (verdeling oud). Bij deze verdeling hebben wij rekening gehouden met de uitname in 2015. Hieruit blijkt dat de verdeling op basis van de dagen nacalculatie 2014 voor veel Wlz-uitvoerders tot grote verschillen zou leiden.

Tabel 6: Verdeling uitname ggz-b (in %)

Wlz-uitvoerder	Oud	Nieuw
CZ	15,9	25,8
De Friesland	3,8	2,9
DSW	3,6	1,3
Menzis	10,9	11,1
Salland	2,3	3,2
VGZ	12,7	21,0
Zilveren Kruis	47,0	30,0
Zorg en Zekerheid	3,8	4,7
Totaal	**100,0**	**100,0**

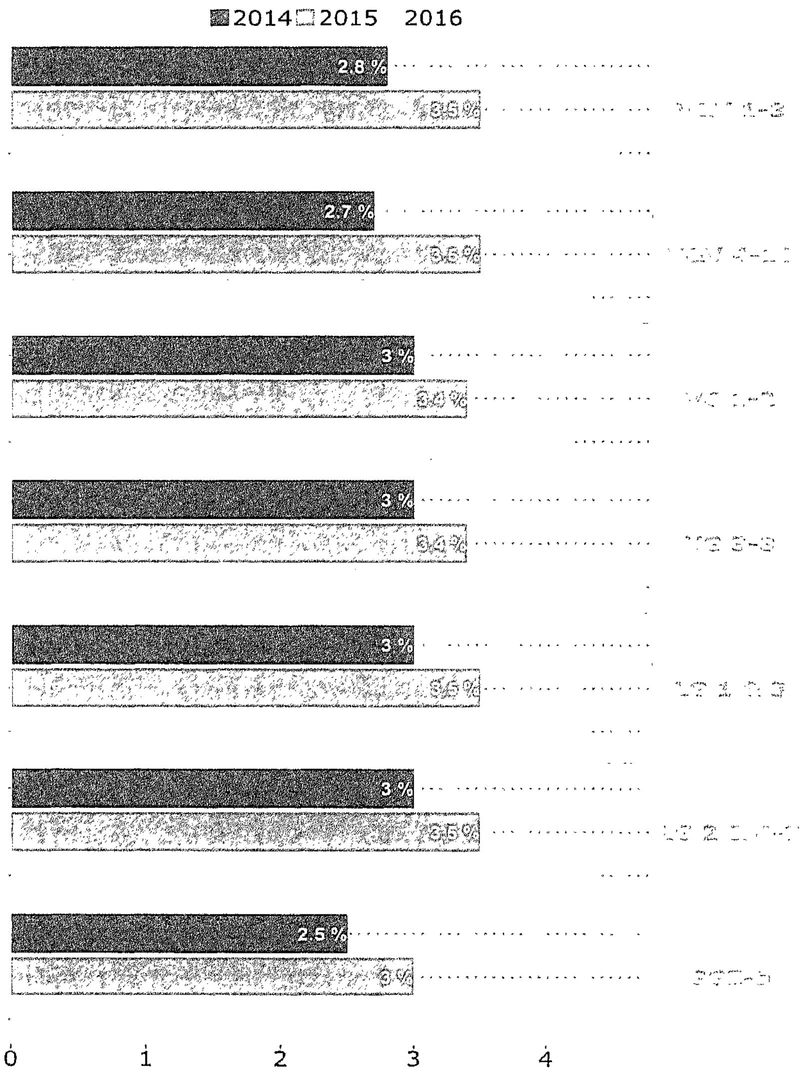
Bron: NZa.

4. Zorginkoop

Naast de verschillende beleidsontwikkelingen heeft ook de zorginkoop een sterk effect op de benutting van de beschikbare contracteerruimte voor zorg in natura. De rol van de Wlz-uitvoerder bij de 'inkoop' van het pgb is beperkt. In de Quickscan Wlz 2016 wordt verder ingegaan op de effecten van de zorginkoop bij zorg in natura.

Een belangrijke parameter bij het effect van de zorginkoop is de afgesproken prijs tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Hoe lager de afgesproken prijs, hoe meer ruimte er is voor de inkoop voor zorg voor meer cliënten. In onderstaande figuur 1 staat het effect van de afgesproken prijs op het kader weergegeven van de afgelopen drie jaar.

Figuur 1 Landelijke prijskortingen



In 2014 en 2015 hebben prijskortingen reeds een sterk effect gehad op de contracteerruimte. Door de prijskortingen konden meer cliënten in de regio's geholpen worden binnen het beschikbare kader. In 2016 lijkt in eerste instantie deze korting nog groter te zijn. Het is echter niet de verwachting dat aan het einde van het jaar deze hoge korting gerealiseerd wordt. In 2016 werken de Wlz-uitvoerders met een dialoogmodel. Dit betekent onder andere dat verschillende Wlz-uitvoerders de afgesproken prijzen nog zullen verhogen of verlagen indien zorgaanbieders bepaalde afspraken wel of niet realiseren. Het is de verwachting dat deze prijskortingen zich na de herschikking 2016 min of meer op het niveau van 2015 zullen bevinden.

5. Ontwikkeling aanspraken op zorg

Tot nu toe hebben we voornamelijk gekeken naar de zittende cliënten en de effecten op het kader door maatregelen. In deze paragraaf wordt onderzocht in hoeverre de aanspraken op zorg naar verwachting groeien in 2016. Een belangrijke indicator voor de ontwikkeling van de zorgvraag in een regio zijn de afgegeven indicaties en het bijhorende uitstaand recht. De ontwikkeling in de aanspraken geeft een beeld in hoeverre de beschikbaar gestelde groeiruimte voldoende is in 2016. Anders dan in voorgaande jaren zijn de indicaties van zorg in natura en pgb samengevoegd, omdat beide kaders nu ook meer gezamenlijk worden behandeld.[10] Onderdeel van de indicaties zijn ook de indicaties die horen bij de subsidieregeling voor eerstelijns-verblijf. Een deel van de ontwikkeling van de VV4-10 wordt hierdoor veroorzaakt.

In tabel 7 zijn verschillen in uitstaande indicaties tussen 2016 en 2015 weergegeven per sector. Het aantal uitstaande indicaties voor de langdurige ggz is in 2016 gedaald met 7,9% ten opzichte van 2015. Dit percentage is iets hoger dan het percentage in de specifieke paragraaf over ggz-b. In deze paragraaf kijken we echter naar het aantal indicaties. Als bijvoorbeeld een wachtlijst bestond bij ggz-b cliënten, kan het aantal indicaties harder dalen dan het werkelijk zorggebruik. Voor de VV zien we een daling van 4,2%. Het aantal uitstaande indicaties voor de ghz is met 2,1% toegenomen. Deze toename is volledig toe te schrijven aan de stijging van 4,9% in het aantal indicaties voor de hoge ghz vg zzp's (VG3 - VG8). In bijlage 5 is het aantal uitstaande ghz indicaties nog verder uitgesplitst naar de deelsectoren vg, lg, zg, lvg en sglvg in de figuren B1 tot B5.

Tabel 7 Verdeling intramurale zorgaanspraak in aantallen cliënten per sector (zorg in natura & pgb)

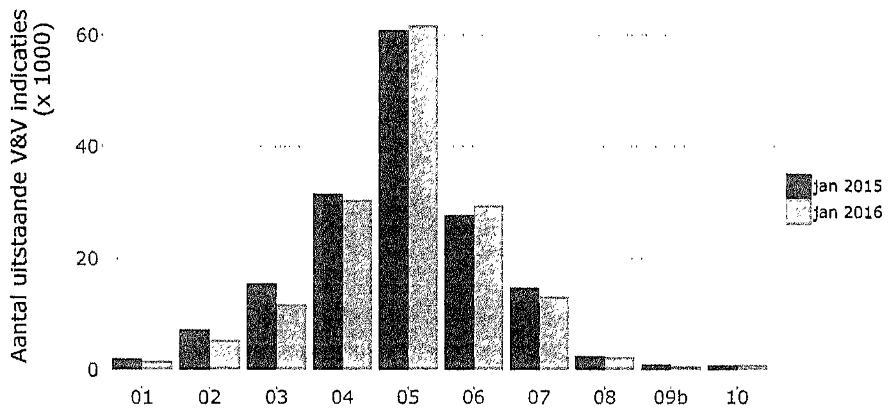
Zorgsector	2015	2016	Verschil (%)
ggz totaal	**9.061**	**8.348**	**-7,9**
ghz totaal	**110.734**	**113.032**	**2,1**
ghz: VG 1-2	6.601	5.995	-9,2
ghz: VG 3-8	82.277	86.341	4,9
ghz: lg, lvg, sglvg, zg-auditief, zg-visueel	21.856	20.696	-5,3
VV totaal	**164.565**	**157.687**	**-4,2**
VV: 1-3	24.957	18.875	-24,4
VV: 4-10	139.608	138.812	-0,6
Totaal	**284.360**	**279.077**	**-1,9**

Bron: CIZ, bewerking: NZa

[10] De indicatieontwikkeling is inclusief de indicaties voor de subsidieregeling voor eerstelijnsverblijf.

Sector VV
In figuur 2 is de ontwikkeling van het aantal uitstaande indicaties in de VV per zorgzwaarte weergegeven. De indicaties VV 5 beslaan 39,1% van alle VV indicaties in 2016. De indicaties voor lage VV's namen af met 21,2% voor VV 1, 26,4% voor VV 2 en 23,8% voor VV 3 ten opzichte van 2015. Deze uitstroom is niet volledig te vergelijken met de uitstroom in zorggebruik. Het is wel een indicatie dat de werkelijke uitstroom naar verwachting lager ligt dan de 50% op basis waarvan de uitstroom is bepaald conform het beleid om mensen langer thuis te laten wonen. De groei van de hoge indicaties is voornamelijk zichtbaar bij VV 5 en VV 6. Volgens Wlz-uitvoerders is dit een effect dat ook door het langer thuis wonen wordt veroorzaakt.

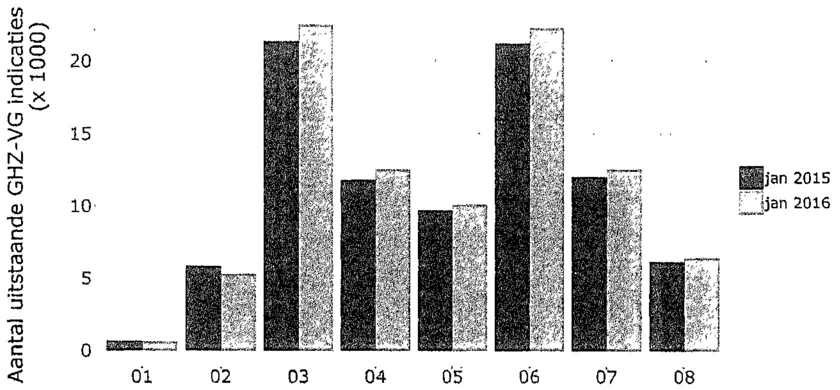
Figuur 2 Aantal uitstaande VV indicaties



Bron: CIZ, bewerking: NZa

Sector ghz (vg en lg)
We zoomen in op het aantal indicaties binnen de grootste deelsectoren van de ghz; de vg en lg. De overige sectoren binnen de ghz (lvg, sglvg en zg) zijn weergegeven in bijlage 5.
Figuur 3 laat de ontwikkeling zien van het aantal uitstaande vg indicaties. Net als bij de lage VV indicaties zijn de effecten van het beleid om mensen langer thuis te laten wonen zichtbaar. De lage vg indicaties 1 en 2 dalen met respectievelijk 6,1% en 9,6%. De hoge vg indicaties (6,7,8) zijn in 2016 juist toegenomen ten opzichte van 2015.

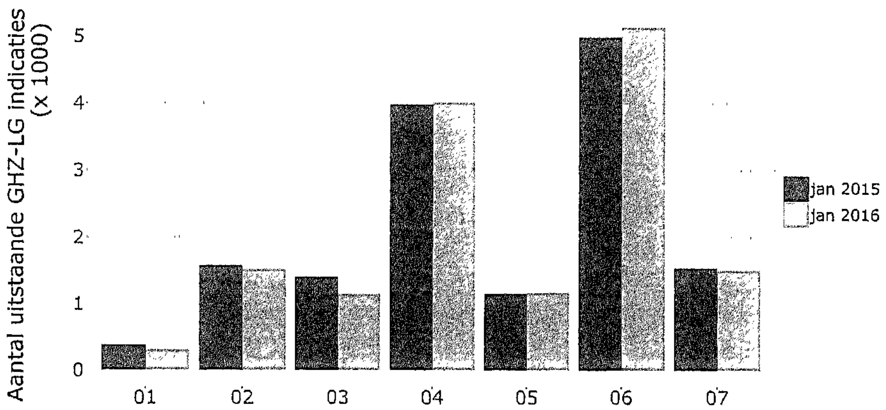
Figuur 3 Aantal uitstaande indicaties per ghz vg-prestatie



Bron: CIZ, bewerking: NZa

In figuur 4 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties voor lg. De grootste relatieve daling zien we bij LG1 met 19,2% en LG3 met 18,2%. De grootste relatieve stijging is te zien bij LG6 met 2,9% meer indicaties in 2016 dan in 2015.

Figuur 4 Aantal uitstaande indicaties per ghz LG prestatie

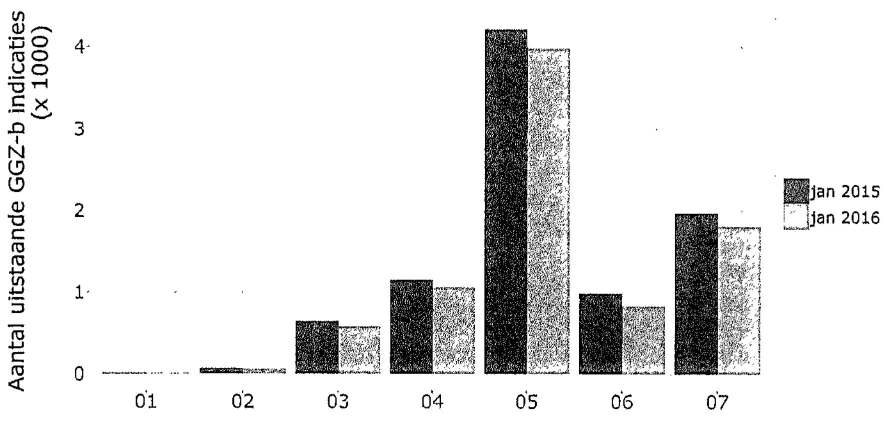


Bron: CIZ, bewerking: NZa

Opvallend is dat het aantal cliënten in de ghz blijft groeien, terwijl er in andere sectoren vanwege de invoering van de Wlz voornamelijk sprake is van een daling van het aantal cliënten. Deze relatief grote groei in de ghz is al een aantal jaren gaande. Dit vinden wij een belangrijk aandachtspunt als VWS meer grip wil krijgen op de groei in de Wlz.

Sector ggz
In figuur 5 is de ontwikkeling te zien van het aantal uitstaande indicaties voor ggz-b. Bij alle mogelijke ggz-b indicaties zien we een daling in 2016. Dit heeft er mee te maken dat cliënten vanaf 1 januari 2015 de eerste drie jaar zorg vanuit de Zvw ontvangen. Pas daarna zal er instroom plaatsvinden naar de Wlz. De kleinste relatieve daling zien we bij ggz-b 5 met 5,5% en de grootste relatieve daling bij ggz-b 6 met 15,6%.

Figuur 5 Aantal uitstaande indicaties ggz-b



Bron: CIZ, bewerking: NZa

Groeimiddelen 2016

Voor 2016 is € 250 miljoen groeiruimte (inclusief herverdelingsmiddelen) beschikbaar. Van deze ruimte is € 110 miljoen toegevoegd aan het pgb-kader. Daarnaast is € 90 miljoen toegevoegd aan de groeiruimte voor zorg in natura en € 50 miljoen aan de herverdelingsmiddelen.
Aan deze herverdelingsmiddelen is nog € 50 miljoen toegevoegd vanuit de loonprijsbijstelling. Op dit moment is nog € 100 miljoen onverdeeld.
Tussen de peilmomenten 1 januari 2015 en 1 januari 2016 is er financieel gezien een groei van € 75 miljoen. Dit bedrag is berekend door de groei in indicaties financieel te maken op basis van de gewogen gemiddelde prijs. Hierbij moet in acht worden genomen dat niet alle cliënten in zorg zijn en de werkelijke groei in 2016 nog niet bekend is.
Op basis van de beschikbare informatie is het de verwachting dat de toegevoegde groeimiddelen op basis van de nieuwe indicaties in lijn liggen met de werkelijke groei onder de Wlz.
Het totaal aantal cliënten in de Wlz is per 1 januari 2016 afgenomen ten opzichte van 2015. Ondanks dat is de financiële waarde van de uitstaande indicaties wel toegenomen. Dit wordt verklaard doordat het aantal cliënten met een lage zzp afneemt en dat er meer cliënten een zwaardere (duurdere) indicatie hebben gekregen, zoals is te zien in voorgaande figuren. Cliënten met een zwaardere indicatie vormen de basis van de Wlz. Hierbij zien we dus per saldo wel een groei.

6. Prognose pgb

In 2016 bestaat voor de zorgkantoren/ de mogelijkheid om financiële middelen over te hevelen van contracteerruimte zorg in natura naar het pgb-kader en omgekeerd. Zorg in natura en pgb kunnen daarom niet los van elkaar worden gezien. De benutting van het pgb-kader speelt daarom een belangrijke rol in de benutting van het budgettair kader wlz.
Met ingang van 2015 monitort de NZa de benutting van de regionale pgb-budgetten. Deze gegevens worden gebruikt om te bepalen in hoeverre de beschikbare ruimten voor pgb's toereikend zijn om de toegekende budgetten aan de budgethouders te bekostigen en in hoeverre het mogelijk is om nog budgetten toe te kennen aan aspirant budgethouders. Zorgkantoren verstrekken per maand aan de NZa informatie over de werkelijk beschikte bedragen.

Pgb-kader 2015
Het totale financiële kader dat voor aanvang van 2015 beschikbaar was voor zorgkantoren voor de verlening van persoonsgebonden budgetten bedroeg € 1.160 miljoen.
Gedurende het jaar 2015 is er op twee momenten geld toegevoegd aan het kader om de verplichtingen van budgethouders te kunnen bekostigen. In april 2015 is € 120 miljoen aan extra middelen toegevoegd aan het kader en naar aanleiding van het mei-advies 2015 nog eens € 80 miljoen. Tevens is er € 15 miljoen toegevoegd voor dagbesteding en onderwijsaftrek kinderen. Daarnaast hebben de zorgkantoren in 2015 in totaal € 109 miljoen overgeheveld van de contracteerruimte voor zorg in natura naar het kader voor pgb, waardoor er uiteindelijk € 1.484 miljoen beschikbaar was voor pgb in 2015. Dit overhevelen wijst op een grotere groei van het aantal cliënten in het pgb ten opzichte van zorg in natura.

Verdeling pgb-kader 2016
In de Regeling langdurige zorg is de verdeling opgenomen van het financieel kader pgb over de zorgkantoren. Voorafgaand aan het jaar 2016 is een bedrag van € 1.655 miljoen over de zorgkantoren verdeeld. Op dit moment[11] is er ruim €27 miljoen overgeheveld van de contracteerruimte (zorg in natura) naar het pgb-kader, waardoor het beschikbare bedrag voor pgb € 1.682 miljoen bedraagt.

Tabel 8 Pgb-kader en benutting (x € 1 miljoen)

	2015		2016	
	Toevoegingen	Totaal	Toevoegingen	Totaal
Totaal kader		**1.160**		**1.655**[12]
Extra middelen (Rlz d.d. 22 april 2015)	+120	1.280		
Extra middelen (Rlz d.d. 23 juli 2015)	+80	1.360		
Dagbesteding_onderwijsaftrek (brief VWS d.d. 1 oktober 2015)	+15	1.375		
Overhevelingen vanuit zorg in natura	+109	1.484	+27	1.682
Totaal benutting [13]		**1.446** [14]		**1.667** [15]

Bron: Regeling langdurige zorg (Rlz) en NZa, bewerking: NZa

Bij de aanlevering van de gegevens tot en met maart 2015 was de inschatting van zorgkantoren dat er € 1.318 miljoen nodig zou zijn voor het pgb in 2015. Dit is 91% van de uiteindelijke geschatte benutting in 2015. De werkelijke uitgaven PGB 2015 worden op 1 juli 2016 bij de NZa ingediend. In de bijlage 4, tabel 1, is per zorgkantoor het kader 2016 en de afgegeven beschikkingen weergegeven. In het begin van 2016 zien we dat de benutting van het pgb-kader sterk blijft groeien.

[11] Peildatum 13 mei 2016
[12] Kader = € 1.575 mln. + 80 mln. Overheveling vanuit zorg in natura (brief VWS d.d. 25 november 2015 met kenmerk 873699-144439-LZ)
[13] Benutting = het verplichtingenniveau en bestaat uit het totaalbedrag van de feitelijk afgegeven toekenningsbeschikkingen en de reservering ten behoeve van budgethouders voor wie het indicatiebesluit in de loop van het kalenderjaar afloopt
[14] Stand heel 2015 per 31-12-2015, peildatum 15-4-2016; bron Nza.
[15] Stand heel 2016 per 31-3-2016, peildatum 15-4-2016; bron Nza

Vooral de stijging van het aantal budgethouders is opvallend. Bij de meest recente opgave zijn er 33.926 budgethouders, dit is een stijging van 918 cliënten ten opzichte van de stand van een maand geleden.

Prognose 2016
Uit signalen van zorgkantoren komt naar voren dat de stijging van het aantal cliënten met een pgb en het financiële bedrag in 2016 zal doorzetten door:

- instroom uit andere domeinen, vooral vanuit de Wmo. Het blijkt dat er veel cliënten zijn die per 1 januari 2015 overgegaan zijn naar bijvoorbeeld de Wmo, binnen een jaar weer terugstromen in de Wlz. Deze zorg is ook aanzienlijk duurder dan de zorg die op 1 januari 2015 is overgeheveld naar de Wmo;
- zorgverzwaring, deze zorgverzwaring leidt via nieuwe indicaties en herindicaties van bestaande cliënten tot een stijging van het bedrag van de gemiddelde pgb-toekenning;
- het CIZ houdt bij de indicatiestelling minder dan voorheen rekening met mantelzorgondersteuning. Het effect is dat cliënten met ongeveer gelijkblijvende zorg, nu wel toegang krijgen tot de Wlz vanwege het niet meewegen van zorg die door de mantelzorg wordt geleverd bij het vaststellen van de zorgbehoefte. Dit zorgt voor een grotere groei van het pgb dan verwacht;
- diverse zorgkantoren signaleren veel VV5 instroom in pgb. Deze mensen woonden thuis en hadden niet de behoefte om naar een verpleeghuis te verhuizen. Deze mensen verhuizen nu naar een kleinschalig wooninitiatief. Op dat moment wordt een pgb binnen de Wlz aangevraagd;
- de veranderde regelgeving rondom de afweging of de zorgvraag ook in zorg in natura geleverd kan worden. Daar waar dit voorheen een uitsluitingscriterium was is dat nu niet meer het geval. Hierdoor wordt relatief vaker voor een pgb gekozen.

Bovenstaande signalen kunnen voor een deel ook spelen bij zorg in natura. Van de zorgkantoren hebben we deze signalen echter specifiek ontvangen voor het pgb.

In 2015 was er sprake van een gemiddelde maandelijkse groei van het aantal cliënten van circa 2,2%. Het gemiddelde bedrag per cliënt over de eerste 3 maanden van 2016 bedraagt bijna € 49.000. Als wij voor 2016 uitgaan van een vergelijkbare maandelijkse groei van cliënten van 2,2%, dan leidt dit tot een verwachting van € 1.784 miljoen voor het pgb. Dit is € 117 miljoen meer dan het huidig vastgestelde kader en is dus een forse stijging ten opzichte van het vastgestelde pgb-kader inclusief overhevelingen vanuit zorg in natura voor 2016.

Pgb meerzorg
In het advies 2015 hebben we naar aanleiding van signalen van zorgkantoren extra aandacht besteed aan de pgb-meerzorg. Bij meerzorg was een forse stijging in kosten te zien ten opzichte van 2014. De totale benutting in 2015 bedraagt €4,3 miljoen, in 2014 was dit € 1,4 miljoen. Dit is een toename van meer dan 200%. Gezien deze toename monitoren wij meerzorg ook in 2016. Op basis van de aanlevering van gegevens door zorgkantoren is de stand per 31 april 2016 € 10,8 miljoen. In tabel 2 van bijlage 4 is de pgb-meerzorg per Wlz-uitvoerder opgenomen.

Op dit moment maakt de pgb-meerzorg een beperkt deel uit van het totale pgb-kader en is dus het totale financiële beslag beperkt. De stijging is echter opvallend sterk. Wij raden aan het gebruik van meerzorg bij het pgb te blijven monitoren.

7. Regionale verdeling

Tot nu toe richt het advies zich voornamelijk op de benutting van het landelijk kader in relatie tot de ontwikkeling van de zorgvraag. Naast het landelijke kader is ook de regionale benutting van belang. We zien de afgelopen jaren een scheve verdeling in de resterende middelen per regio. Dit komt volgens ons onder andere door de initiële verdeling van het budgettair kader. Voor de zorg die resteert onder de Wlz is een groot deel van de verdeling gebaseerd op de productieafspraken 2009. Dit betekent dat de initiële verdeling van de contracteerruimte is gebaseerd op verouderde informatie, afkomstig van zorgaanbieders en zorgkantoren zelf. Een andere verdeling zorgt voor een meer passende toedeling van middelen aan de regio's.

Naast de historische initiële verdeling zien we als belangrijkste punten voor 2016 een onjuiste verdeling van de ggz-b-uitname, de benutting van het pgb-kader en de regionale groei. Deze groei verschilt erg sterk per regio. Dit geldt voor de groei per Wlz-uitvoerder, maar ook zeker voor de groei per regio.
De onderstaande groei heeft betrekking op het pgb en zorg in natura. De ontwikkeling varieert van krimp bij CZ van 0,3% tot een groei van 2,3% bij Salland.

Tabel 9 Percentage groei in 2015 t.o.v. uitstaand recht per Wlz-uitvoerder

Wlz-uitvoerder	Groei (%)
CZ	-0,3
De Friesland	0,1
DSW	0,5
Menzis	1,6
Salland	2,3
VGZ	0,7
Zilveren kruis	0,4
Zorg en Zekerheid	0,1

Bron: CIZ, bewerking: NZa

Belangrijk aandachtspunt volgens de NZa is het herverdelen van het totale budgettair kader Wlz op basis van parameters die meer aansluiten bij de werkelijke zorgvraag en hiermee ook de groei per regio. Tussen de NZa en VWS loopt hiervoor een separaat traject.
Een herverdeling van het kader is nog geen oplossing voor mogelijke regionale tekorten in 2016. Hiervoor moet naar andere oplossingen worden gezocht.

8. Overige middelen

Uw ministerie heeft ons gevraagd om ook de subsidieregelingen en de individueel aangepaste hulpmiddelen te betrekken bij het advies over het budgettair kader. Het gaat hier om de extramurale behandeling en het eerstelijnsverblijf. Daarnaast kijken we naar de individueel aangepaste hulpmiddelen die gefinancierd worden via het bovenbudgettair kader.

Extramurale behandeling

Per 1 januari 2015 voorziet de Wlz in een tijdelijke subsidieregeling voor extramurale behandeling en het vervoer van en naar de locatie waar de verzekerde wordt behandeld.
Voor het jaar 2015 is voor deze subsidieregeling een bedrag beschikbaar van € 85 miljoen[16]. Voor 2016 bedraagt het beschikbare kader maximaal € 75 miljoen[17]. In het advies budgettair kader 2016 monitort de NZa deze subsidieregeling voor het eerst.

Tabel 10 Beschikbare en benutte middelen subsidieregeling extramurale behandeling (x € 1 miljoen)

Jaar	Beschikbaar	Benut
2015	85,0	56,5[18].
2016	75[19],0	9,9[20].

Bron: Zorginstituut Nederland, bewerking: NZa

Het benutte bedrag over 2015 bedraagt € 56,5 miljoen. Het beschikbare kader voor 2015 blijkt hiermee toereikend.

Op dit moment beschikken wij voor 2016 alleen over de complete gegevens met betrekking tot de benutting van de maanden januari tot en met februari. Deze benutting bedraagt € 9,9 miljoen. Voor een meer betrouwbare prognose voor 2016 hebben wij daarom gebruik gemaakt van de benutting over de periode juli 2015 tot en met februari 2016. Gemiddelde benutting over deze periode bedraagt € 4,7 miljoen. Extrapolatie van dit bedrag leidt tot een prognose op jaarbasis van € 56,4 miljoen. De verwachting is dat het beschikbare kader van € 75 miljoen voor 2016 voorlopig toereikend is.

---

16 Het kader 2015 van deze regeling bedraagt € 95 miljoen. Daarvan is door Zorginstituut Nederland initieel € 85 miljoen verdeeld over de zorgkantoren. Gedurende 2015 werd duidelijk dat de initiële verdeling toereikend was voor de zorginzet in 2015. De aanvullende middelen van € 10 miljoen hoefde dus niet te worden ingezet.

17 Het kader 2016 van deze regeling wordt in twee fases uitgezet: een initiële eerste verspreiding van € 60 miljoen, en – indien dit ontoereikend is – wordt er ambtshalve overgegaan tot een verspreiding van € 15 miljoen aanvullende middelen. In oktober 2016 wordt door het Zorginstituut besloten of deze aanvullende middelen moeten worden ingezet.

18 Totale benutting 2015; peildatum 12 april 2016.

19 Zie voetnoot 19.

20 Totale benutting 2016; peildatum 11 mei 2016 (alleen cijfers over januari tot en met februari 2016).

Eerstelijnsverblijf
De Wlz voorziet voor 2015 en 2016 in een door Zorginstituut Nederland uit te voeren subsidieregeling voor eerstelijnsverblijf. Voor het jaar 2015 bedraagt het beschikbare kader voor deze subsidieregeling € 183 miljoen. Voor 2016 bedraagt het beschikbare kader maximaal € 180 miljoen. In het advies budgettair kader 2016 monitort de NZa deze subsidieregeling voor het eerst.

Tabel 11 Beschikbare en benutte middelen subsidieregeling eerstelijns verblijf (x € 1 miljoen)

Jaar	Beschikbaar	Benut
2015	183,0	181,2[21]
2016	180,0[22]	52,7[23]

Bron: Zorginstituut Nederland, bewerking: NZa

Het benutte bedrag over 2015 bedraagt € 181,2 miljoen. Het beschikbare kader voor 2015 blijkt hiermee landelijk toereikend. Van het Zorginstituut Nederland hebben we begrepen dat de beschikbare subsidieplafonds op regionaal niveau wel worden overschreden.
Op dit moment beschikken wij voor 2016 alleen over de complete gegevens met betrekking tot de benutting van de maanden januari tot en met maart. Deze benutting bedraagt € 52,7 miljoen. Voor een meer betrouwbare prognose voor 2016 hebben wij daarom gebruik gemaakt van de benutting over de periode augustus 2015 tot en met maart 2016. Gemiddelde benutting over deze periode bedraagt € 17,8 miljoen per maand. Extrapolatie van dit bedrag leidt tot een prognose op jaarbasis van € 213,6 miljoen. De verwachting is dat het beschikbare kader van € 180 miljoen voor 2016 ontoereikend is.
Individueel aangepaste hulpmiddelen
Individueel aangepaste rolstoelen en overige hulpmiddelen worden vanuit de Wlz bekostigd. Deze middelen vallen niet onder de tarifering en prestatiebeschrijving van de NZa en zijn niet in het budgettair kader opgenomen. In 2016 is voor de aanschaf van individueel aangepaste rolstoelen en hulpmiddelen landelijk een geoormerkt bedrag van € 121 miljoen beschikbaar. In dit advies geven we voor 2016 op basis van de uitgaven in de maanden januari en februari 2016 een schatting van de benutting voor het hele jaar. In tabel 4.4 is een overzicht gegeven van de beschikbare en (geschatte) benutte middelen over de jaren 2014, 2015 en 2016.

21 Totale benutting 2015; peildatum 12 april 2016.
22 Het kader 2016 van deze regeling wordt in twee fases uitgezet: een initiële eerste verspreiding van € 160 miljoen, en – indien dit ontoereikend is – wordt er ambtshalve overgegaan tot een verspreiding van € 20 miljoen aanvullende middelen. In oktober 2016 wordt door Zorginstituut Nederland besloten of deze aanvullende middelen moeten worden ingezet.
23 Totale benutting 2016; peildatum 17 mei 2016 (alleen cijfers over januari tot en met maart 2016).

Tabel 12 Beschikbare, benutte en onbenutte middelen individueel aangepaste hulpmiddelen (x € 1 miljoen)

Jaar	Beschikbaar	Benut
2014	136,0	124,9
2015	121,0	124,3
2016	121,0	116,6[24]

Bron: Zorginstituut Nederland, bewerking: NZa

De overschrijding in 2015 is uiteindelijk lager uitgevallen dan voorspeld conform het advies budgettair kader Wlz 2015. Voor 2016 wordt er géén overschrijding van het beschikbare kader verwacht, maar juist een onbenut bedrag van circa € 4 miljoen.

9. Conclusie & Advies

Conclusie
In 2015 hebben we geconcludeerd dat het budgettair kader toereikend, maar krap was. De uitkomsten uit de herschikkingsronde 2015 en de stand van de benutting van het pgb-kader bevestigen dit beeld. De uitkomst verschilt wel per regio. Eind 2015 hebben zorgkantoren een aanzienlijke inspanning geleverd om landelijk binnen het kader te blijven.

Ook in 2016 verwachten wij dat het budgettair kader krap zal zijn. De groei in 2016 lijkt beperkt en ligt qua financiële omvang qua verwachting in lijn met de beschikbaar gestelde groeiruimte. Hier lijkt zelfs nog extra ruimte te zitten.

Verschillende maatregelen en onverwachte effecten zorgen echter voor extra druk op het beschikbare financiële kader. Het gaat hier voornamelijk om de volgende effecten:

1. Groei bij het pgb; het aantal cliënten en het aantal afgegeven beschikkingen groeit erg sterk. Volgens zorgkantoren komt dat onder andere doordat grote aantallen cliënten vanuit de Wmo terugstromen naar de Wlz. Met deze hoge groei is geen rekening gehouden bij vaststelling van het beschikbare kader;
2. Uitname ggz-b; de afbouw van de ggz-b cliënten verloopt trager dan verwacht. Te weinig middelen zijn hierbij toegekend aan Wlz en teveel aan de Zvw;
3. Afbouw lage zzp's; de afbouw van de lage zzp's loopt langzamer dan verwacht. Het gaat hier voornamelijk om de laatste groep cliënten die resteert onder de Wlz. De geprognosticeerde afbouw sluit hierbij niet aan bij de werkelijkheid.

De verwachte benutting wordt hier onder in een tabel samengevat.

---

[24] Voor 2016 is de extrapolatie van de cijfers gebaseerd op de gegevens over de maanden januari t/m maart 2016.

Tabel 13 Verwachte benutting financieel kader 2016 (x € 1 miljoen)

	Financieel effect
Beschikbare kader excl. groeiruimte	**18.070**
Groeiruimte	200
Productieafspraken 2016 o.b.v. 2015	-17.969
Verwachte groei	-75
Lage zzp's	-83
ggz-b	-70
Pgb	-117
Subtotaal	**-44**
Herverdelingsmiddelen	100
Totaal	**56**
Effect Zorginkoop	PM
Aanvullende groei 2016	PM
Totaal ZIN en PGB	**56+PM**
Hulpmiddelen	4
Extramurale behandeling	19
1^{e} lijnsverblijf	-34
Totaal	**45+PM**

Bron: NZa

Op dit moment kunnen we nog niet bepalen of het kader toereikend of ontoereikend zal zijn. Er is nu nog onvoldoende informatie beschikbaar om deze conclusie te kunnen trekken. We hebben bijvoorbeeld een onvolledig beeld over de werkelijke groei in 2016 en de effecten van de zorginkoop op het kader.
We hebben op dit moment onder andere nog onvoldoende cijfers beschikbaar over de declaraties 2016 om een duidelijk beeld te verzorgen over het zorggebruik in 2016.

Advies
We adviseren vanwege het verwachte krappe kader de herverdelingsmiddelen 2016 zo spoedig mogelijk in te zetten. Deze herverdelingsmiddelen kunnen het beste worden ingezet ter compensatie van de sterke groei bij het pgb. Het is namelijk de vraag in hoeverre dit binnen het totale kader en de ontwikkelingen van het zorggebruik opgelost kan worden door verschuivingen vanuit zorg in natura. Het spoedig inzetten van de herverdelingsmiddelen geeft zorgaanbieders en zorgkantoren tijdig informatie over het beschikbare totaal kader. Hierdoor zal eerder duidelijkheid bestaan of bepaalde overproductie vergoed kan worden. Dit kan er toe leiden dat cliënten eerder in zorg worden genomen en minder lang op de wachtlijst komen te staan.

Op basis van de benutting op peildatum 15 mei kunnen de pgb-kaders worden opgehoogd, zodat voor elke regio een gelijk percentage resteert.

Daarnaast adviseren we om de middelen horende bij de uitname van het ggz-b opnieuw te verdelen over de zorgkantoorregio's. Dit kan op basis van de verdeling in dit advies op basis van de nacalculatie 2014. In eerste instantie leggen we het initiatief van deze herverdeling bij de zorgkantoren. Bij een akkoord op de voorgestelde verdeling, nemen wij dit op in onze overzichten met betrekking tot het budgettair kader. Daarnaast zouden middelen voor 2016 overgeheveld moeten worden vanuit de Zvw om de te hoge uitname met betrekking tot de ggz-b te compenseren.

Bij de analyse van de subsidieregelingen zijn we uitgegaan van de kaders inclusief de beschikbare herverdelingsmiddelen. Indien deze middelen niet worden ingezet, verwachten wij in ieder geval bij de subsidieregeling eerstelijnsverblijf een aanzienlijke tekort.

Op dit moment kunnen we nog niet bepalen of de inzet van de herverdelingsmiddelen alleen voldoende is of dat bijvoorbeeld gedacht moet worden aan de inzet van de margeregeling.
In de loop van 2016 zal meer informatie beschikbaar komen over de werkelijke benutting van het Wlz-kader in 2016. We zullen u daarom in de loop van 2016 een aanvullend advies sturen en daarin ingaan op de vraag of het budgettair kader Wlz toereikend is. Dit aanvullend advies zal plaatsvinden eind augustus. Op dat moment zijn van voldoende maanden declaratiegegevens beschikbaar én kan de uitkomst nog worden meegenomen bij de inkoop van de herschikkingsronde.

Tot die tijd vragen we zorgkantoren om mogelijke regionale financiële tekorten zoveel mogelijk gezamenlijk te voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld door middel van overhevelingen. In het aanvullende advies in augustus wordt opnieuw bekeken of het budgettair kader toereikend is.

In het advies kijken we voornamelijk naar het landelijke kader. Ook regionaal zien wij aanzienlijke verschillen. Deze verschillen zien wij bij de maatregelen, maar ook in het initiële beschikbare kader. Dit geldt bij pgb en bij zorg in natura. Wij adviseren u daarom ook om met ingang van 2017 te kiezen voor een nieuwe verdeelsystematiek die meer aansluit bij de werkelijke regionale zorgvraag.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage 1: Onder- en Overproductie

Op grond van de eerste en tweede budgetronde bepalen we per jaar voor iedere zorgaanbieder wat de maximaal door de NZa gehonoreerde productieafspraak van dat jaar is. Als de realisatie van een zorgaanbieder bij de nacalculatie lager is dan de productieafspraak, is sprake van onderproductie. Als de realisatie van een zorgaanbieder bij de nacalculatie hoger is dan de productieafspraak, is sprake van overproductie.

Tabel B1.1 geeft de landelijke onder- en overproductie weer voor de jaren 2013 en 2014. De nacalculatie 2013 is volledig afgerond. Voor 2014 geldt dat deze nagenoeg is afgerond. De onderproductie is in 2014 gestegen ten opzichte van 2013. De overproductie is juist gedaald in 2014 ten opzichte van 2013.

Tabel B1.1 Onder- en overproductie en aandeel van de contracteerruimte

	Onderproductie		Overproductie	
Jaar	(x € 1 miljoen)	t.o.v. contracteerruimte (%)	(x € 1 miljoen)	t.o.v. contracteerruimte (%)
2013	163	0,8	86	0,4
2014	276	1,2	52	0,3

Bron:: NZa

In tabel B1.2 is per Wlz-uitvoerder weergegeven welk percentage van de contracteerruimte in 2013 en 2014 bij de nacalculatie als onder- of overproductie is aangemerkt.

Tabel B1.2 Percentage onder- en overproductie ten opzichte van de contracteerruimte

Wlz-uitvoerder	Overproductie 2014 (x € 1 miljoen)	Onderproductie 2014(x € 1 miljoen)	t.o.v. Contracteerruimte 2014 (%)
CZ	7,3	43,8	1,1
De Friesland	0,7	9,8	1,2
DSW	1,6	3,4	0,9
Menzis	20,9	17,0	1,3
Salland	0,8	2,7	1,4
VGZ	8,9	38,0	1,1
Zilveren Kruis	11,0	149,9	2,2
Zorg & Zekerheid	0,6	11,7	1,2
Totaal	**51,8**	**276,3**	**1,5**

Bron: NZa

Bijlage 2: Afbouw lage zzp's

Tabel B2.1 Kosten en mogelijke besparing 2015 als de cliënten in de lage zzp's het hele jaar zorg afnemen (herberekening advies 2015) (in € miljoen)

	Kosten 2015			Besparing (o.b.v. geraamde afbouw)	
Prestatie	zzp & vpt (o.b.v. cliënten)	nhc & nic	Totaal	Maximaal op jaarbasis	Maximaal in 2016 (halfjaareffect)
1VV	31,7	6,1	37,8	12,5	6,2
2VV	152,4	24,0	176,4	58,2	29,1
$3VV_{excl.BH}$	434,2	61,6	495,9	163,6	81,8
$3VV_{incl.BH}$	8,6	0,9	9,4	3,1	1,6
$1VG_{excl.DB}$	7,0	1,1	8,2	0,8	0,4
$1VG_{incl.DB}$	3,0	0,4	3,4	0,3	0,2
$2VG_{excl.DB}$	57,0	7,5	64,6	6,5	3,2
$2VG_{incl.DB}$	32,4	4,2	36,6	3,6	1,8
Totaal	**726,3**	**105,8**	**832,3**	**248,6**	**124,3**

Bron: Zorginstituut, bewerking: NZa

Bijlage 3: Afbouw ggz-b

Tabel B3.1 ggz-b nacalculatie 2014[25] (in dagen)

Wlz-uitvoerder	Nacalculatie 2014	%
CZ	668.857	25,5%
De Friesland	77.742	3,0%
DSW	34.076	1,3%
Menzis	286.662	10,9%
Salland	81.168	3,1%
VGZ	545.066	20,7%
Zilveren Kruis	809.305	30,8%
Zorg en Zekerheid	124.374	4,7%
Totaal	**2.627.250**	**100%**

Bron: NZa.

[25] Gebaseerd op peildatum februari 2016 informatielevering VWS.

Bijlage 4: pgb

Tabel B4.1 pgb-kader 2016 per zorgkantoor (x € 1 miljoen)

Zorgkantoor	Kader	Benutting	
Groningen	85,6	78,4	
Friesland	102,4	95,5	
Drenthe	76,5	71,2	
Zwolle	66,4	62,1	
Twente	74,7	71,9	
Apeldoorn/Zutphen e.o.	39,1	38,6	
Middel-IJssel	15,4	14,5	
Arnhem	110,1	107,8	
Nijmegen	54,3	52,7	
Utrecht	107,5	106,5	
Flevoland	23,8	23,4	
't Gooi	43,1	43,3	
Noord-Holland Noord	51,7	46,9	
Kennemerland	31,6	30,5	
Zaanstreek/Waterland	22,5	21,9	
Amsterdam	55,7	55,8	
Amstelland/Meerlanden	14,1	12,9	
Zuid-Holland Noord	33,5	30,2	
Haaglanden	65,2	60,8	
Delft/Westland/Oostland	39,2	36,7	
Midden-Holland	23,5	22,4	
Rotterdam	53,8	54,1	
Zuid-Hollandse Eilanden	39,2	37,2	
Waardenland	34,3	32,3	
Zeeland	32,8	30,8	
West-Brabant	70,8	68,0	
Midden-Brabant	56,8	51,5	
Noordoost Brabant	66,8	63,9	
Zuidoost Brabant	69,3	65,1	
Noord-Limburg	53,6	52,7	
Zuid-Limburg	68,9	64,8	
	€ 1.682	**€ 1.604**	**€ 78**

Bron: NZa

Tabel B4.2 Meerzorgtoeslag pgb per Wlz-uitvoerder (x € 1 miljoen)

Wlz-uitvoerder	Meerzorgtoeslag[26]	
	2015[5]	2016[6]
CZ	1,5	2,5
De Friesland	0,4	0,4
DSW	0	0,0
Menzis	1,0	0,8
Salland	0	0
VGZ	1,2	2,0
Zilveren Kruis	0,2	4,9
Zorg en Zekerheid	0	0,2
Totaal	**4.3**	**10,8**

Bron: NZa

[26] Meerzorgtoeslag; meer zorg bovenop de zorg waar een budgethouder op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht op heeft.
[5] Stand per 15-1-2015; bron NZa; betreft cijfers peilmoment 31 december 2015 in het kader van monitoring Wlz.
[6] Stand per 15-5-2016; bron NZa; betreft cijfers peilmoment 30 april 2016 in het kader van monitoring pgb.

Bijlage 5: Indicatieontwikkeling

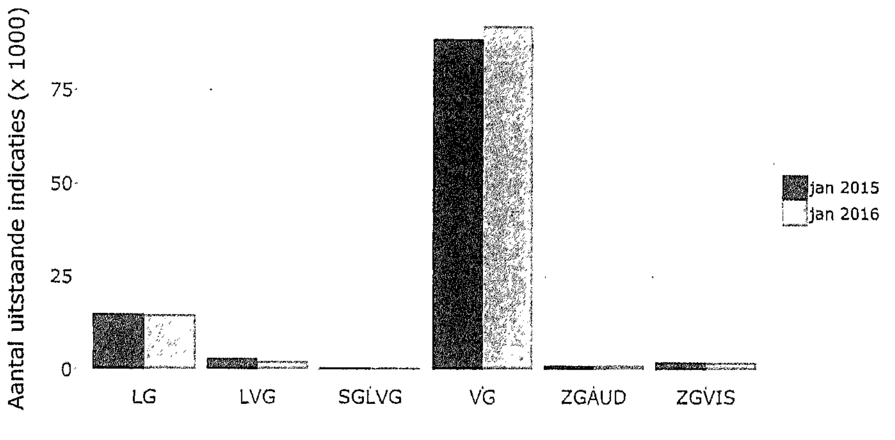
Voor de analyse van de ontwikkeling van de aanspraken op zorg maken we gebruik van de indicaties met de leveringsvormen ZORG IN NATURA en pgb. Gegevens over de indicatieontwikkeling ontvangen wij van het CIZ. Deze gegevens geven een beeld van de aanspraak op Wlz-zorg op een specifiek peilmoment. Een indicatie vormt de toegang tot de meeste Wlz-zorg. Het CIZ beoordeelt of een cliënt recht heeft op Wlz-zorg en stelt het indicatiebesluit vast.

De aanspraak op zorg hoeft niet altijd gelijk te zijn aan de werkelijk geleverde zorg. Het indicatiebesluit is in de praktijk namelijk niet altijd gelijk aan de zorg die een cliënt daadwerkelijk ontvangt. Daarnaast worden niet alle afgegeven indicaties (direct) in zorg omgezet (verzilverd).

De peilmomenten die we hebben gebruikt (en ten tijde van dit advies beschikbaar zijn) zijn: 1 januari 2015 en 1 januari 2016.

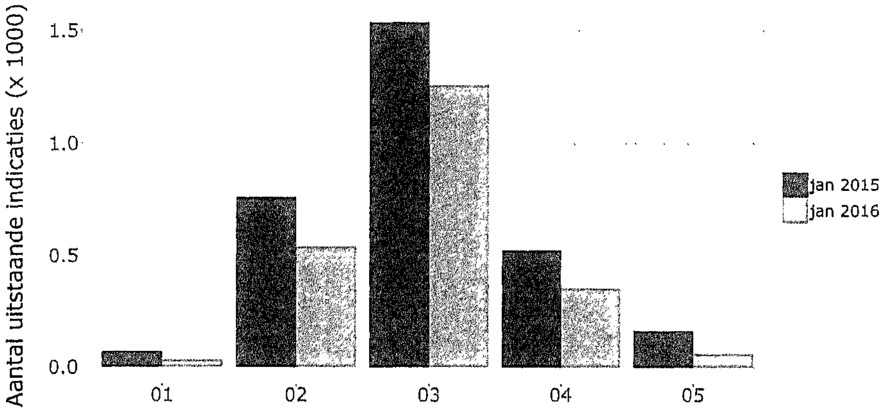
Daarnaast hebben we de zorgaanspraken omgezet naar een financiële waarde door de indicaties te vermenigvuldigen met de bijbehorende beleidsregelwaarden. De beleidsregelwaarden zijn met het volume gewogen gemiddeld om het onderscheid weg te nemen tussen ZZP's met of zonder behandeling of dagbesteding.

Figuur B.1 Aantal indicaties per GHZ deelsector



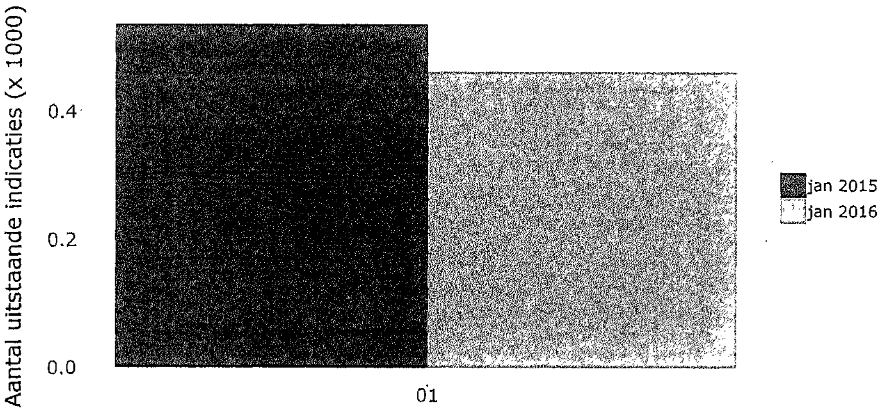
Bron CIZ, bewerking NZa

Figuur B.2 Aantal LVG indicaties per ZZP



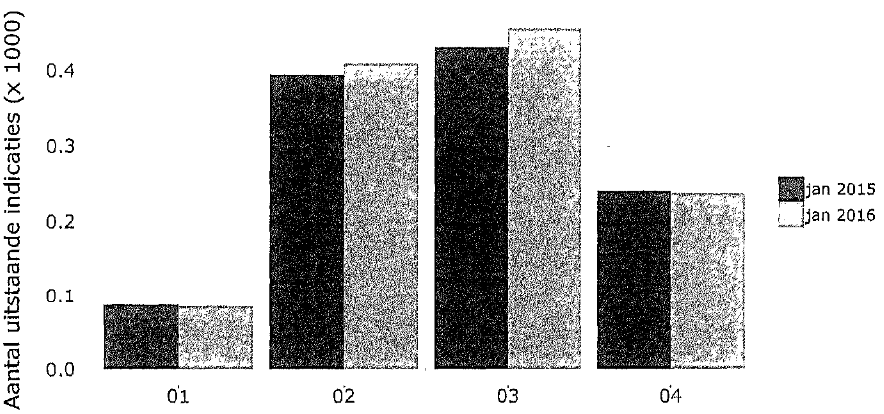
Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B.3 Aantal SGLVG indicaties



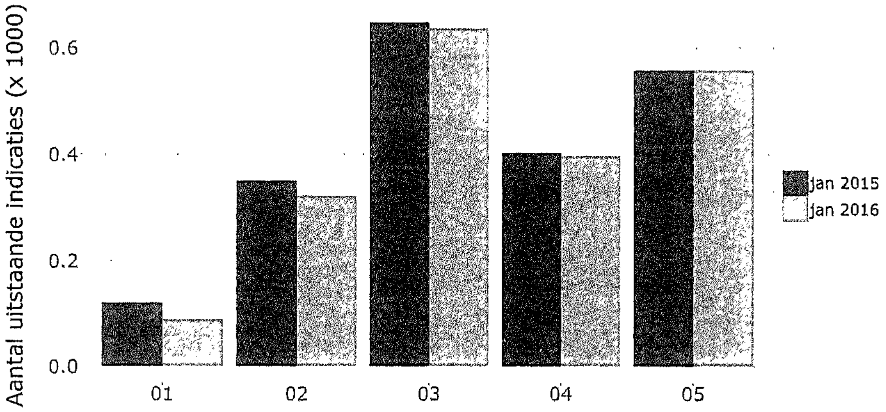
Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B.4 Aantal ZG-auditief indicaties per ZZP



Bron: CIZ, bewerking NZa

Figuur B5 Aantal ZG-visueel indicaties per ZZP



Bron: CIZ, bewerking NZa